

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2015

Sanni Korjonen & Noora Koskikangas

HIV-TARTUNTOJEN EHKÄISY SWAZIMAASSA

- Potilaan voimavaraistumista tukevan ohjeen
kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanni Korjonen & Noora Koskikangas

HIV-TARTUNTOJEN EHKÄISY SWAZIMAASSA - POTILAAN VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVAN OHJEEN KEHITTÄMINEN

Maailmanterveysjärjestö WHO:n arvion mukaan vuonna 2013 HIV-positiivisia ihmisiä oli maailmassa yhteensä 35 miljoonaa. HIV-epidemian kannalta pahin tilanne on Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, jossa todetaan noin 70 prosenttia koko maailman uusista HIV-tartunnoista. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa sijaitsee myös Swazimaa, missä on maailman korkein väkilukuun suhteutettu HIV:n levinneisyys. Maan aikuisväestöstä joka neljäs on HIV-positiivinen. Kuluneen 30 vuoden aikana HIV-epidemia on kasvanut hälyttäviin mittasuhteisiin eikä esiintyvyyttä ole onnistuttu kääntämään laskuun.

Ainoa keino HIV-epidemian vastaisessa taistelussa on pyrkiä vähentämään uusia tartuntoja. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät Swazimaassa vaikuttavat HIV-tartuntojen määrään ja millaisin keinoin niitä voidaan ehkäistä sekä tarkastella voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen peruseräiteitä. Tarkoituksena oli luoda tutkittuun tietoon perustuva kirjallinen ohje hoitajille Swazimaahan, jonka avulla voitaisiin tarjota potilaille voimavaraistumista tukevaa ohjausta uusien HIV-tartuntojen ehkäisemiseksi.

Opinnäytetyö on toiminnallinen, joka tarkoittaa, että se sisältää sekä kirjallisuuskatsauksen että tuotoksen. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin aihetta käsitteleviä tutkimuksia, tieteellisiä artikkeleja sekä kansainvälisten järjestöjen tilastoja. Potilaan voimavaraistumista tukeva ohje uusien HIV-tartuntojen ehkäisemiseksi laadittiin kirjallisuuden perusteella. Ohjeeseen tiivistettiin potilaan voimavaraistumista tukevan ohjauksen tärkeimmät tavoitteet sekä keskeiset asiat HIV:n ehkäisemiseen.

Opinnäytetyön tuloksena selvisi, että suurin osa Swazimaan uusista HIV-tartunnoista saadaan suojaamattoman seksin välityksellä, joten seksuaalikäyttäytymiseen ja parisuhteisiin liittyvät tavat ja asenteet ovat avainasemassa HIV:n ehkäisyssä. Merkittävimmät tekijät maan HIV-epidemiaan olivat moniavioisuus sekä kulttuurilliset tekijät. Opinnäytetyön tuloksena kehitetyn potilaan voimavaraistumista tukevan ohjeen ensimmäisen versio edellyttää lisätutkimusta, mutta voi parhaimmillaan vähentää uusia HIV-tartuntoja.

ASIASANAT:

Swazimaa, HIV, HIV-tartunta, HIV:n ehkäisy, voimavaraistumista tukeva potilasohjaus, terveyden edistäminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Bachelor of health care

2015 | 33 + 2

Camilla Laaksonen

Sanni Korjonen & Noora Koskikangas

PREVENTION OF HIV TRANSMISSIONS IN SWAZILAND - CREATING GUIDANCE TO EMPOWER PATIENT

According to World Health Organization by the end of year 2013 there were approximately 35 million HIV-positive people in the world. The worst situation was in Sub-Saharan where 70 per-cent of the world's new infections appear. Also Swaziland is located in Sub-Saharan and there is the highest prevalence of HIV in the world. In Swaziland one in four adults are living with HIV. Over the past 30 years HIV-epidemic has grown to an alarming proportions and prevalence of the HIV has not decreased.

The only way to fight against HIV-epidemic is trying to reduce new infections. The aim of thesis was find out which factors in Swaziland increase new infections and how new infections can be prevented. The purpose of thesis was to create a guidance based on researches and studies to the nurses in Swaziland. Guidance could help them to provide empowering patient education to prevent new HIV-infections.

Thesis is practice-based which means it includes theoretical part and output. Theoretical part is based on earlier studies, scientific articles and statistics provided by international organizations. Guidance to empower patients to prevent new HIV-infections was developing based on literature. Purpose of guidance was to summarize the most important aims about empowering patient education and the main things of HIV prevention.

The results of thesis showed that most of Swaziland's new HIV-infections are result of unprotected sex. Sexual behaviour and traditions in relationships are in key role preventing of HIV. Major reasons for Swaziland's HIV-epidemic were polygamy and cultural factors. First version of the guidance of empowering patient education requires more researching but could help to reduce new HIV-infections.

KEYWORDS:

Swaziland, HIV, transmission, prevention of HIV, empowering patient education, health promotion

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	5
1 JOHDANTO	6
2 SWAZIMAA	8
2.1 Väestö	8
2.2 Kulttuuri	9
2.3 Terveydenhuolto ja sairaanhoitajan rooli	10
3 HIV	12
3.1 HIV taudinkuva	12
3.2 HIV diagnosointi ja hoito	13
3.3 HIV levinneisyys	14
3.4 HIV Swazimaassa	15
4 VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVA POTILASOHJAUS	17
5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	19
5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	19
5.2 Tutkimusongelmat	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
6.1 Menetelmät	20
6.2 Tuotos	21
7 TULOKSET JA TUOTOS	22
7.1 Merkittävimmät tekijät HIV-tartuntoihin Swazimaassa	22
7.2 Potilaan voimavaraistumista tukeva ohje HIV:n ehkäisyyn	25
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	27
LÄHTEET	31
LIITTEET	

Liite 1. Potilaan voimavaraistumista tukeva ohje

KÄYTETYT LYHENTEET

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	Antiretroviraalihoito
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
PMTCT	Prevention of mother to child transmission
THL	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
UNAIDS	YK:n perustama HIV/AIDS-ohjelma
WHO	World Health Organization

1 JOHDANTO

Maailmanterveysjärjestö WHO:n arvion mukaan vuonna 2013 maailmassa oli yhteensä noin 35 miljoonaa HIV-positiivista ihmistä. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna HIV:n vastainen työ on alkanut tuottaa tulosta ja uusien HIV-tartuntojen kokonaismäärä on vähentynyt 38 prosenttia vuodesta 2001 vuoteen 2013 verrattuna. HIV-epidemian kannalta pahin tilanne on kuitenkin Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, jossa todetaan noin 70 prosenttia koko maailman uusista HIV-tartunnoista. Saharan eteläpuolisen Afrikan väestöstä 24,7 miljoonaa on HIV-positiivisia, mikä tarkoittaa, että maailman 35 miljoonasta tartunnan saaneesta noin kaksi kolmasosaa elää kyseisellä alueella. Naisten tartuntojen määrä on kasvanut hälyttävästi ja yli puolet Saharan eteläpuolisen Afrikan uusista tartunnoista todetaankin 15-24-vuotiailla naisilla. (AVERT 2014a; WHO 2014.)

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa sijaitsee myös Swazimaa, pieni sisämaavaltio Mosambikin ja Etelä-Afrikan välissä. Swazimaassa on asukaslukuun suhteutettuna maailman korkein HIV-esiintyvyys, maan aikuisväestöstä joka neljäs on HIV-positiivinen. Kuluneen 30 vuoden aikana epidemia on kasvanut hälyttävii mittasuhteisiin eikä HIV:n esiintyvyyttä ole onnistuttu kääntämään laskuun. (AVERT 2014a.)

Suoritimme vuonna 2014 työharjoittelujaksoja Swazimaassa ja havaitsimme käytännössä HIV-epidemian laajuuden. Se on ajanut väestöä äärimmäiseen köyhyyteen, lisännyt orpolasten määrää ja laskenut eliniänodotteen alle 50 vuoteen (AVERT 2014a). Opinnäytetyön aiheeksi valittiin uusien HIV-tartuntojen ehkäisy, sillä se on ainoa keino taistella epidemiaa vastaan. Vain pyrkimällä vaikuttamaan yksittäisten ihmisten valintoihin voidaan Swazimaan HIV-tartuntoja vähentää. Potilaan voimavaraistumista tukevan ohjauksen tavoitteena on sitouttaa potilas ehkäisemään HIV-tartuntaa. Voimavaraistuminen auttaa potilasta tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyjään tarpeidensa tunnistamiseen, terveysongelmiensa ratkaisemiseen sekä omien voimavarojensa säätelyyn. (Tuorila 2009.)

Tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät juuri Swazimaassa vaikuttavat HIV-tartuntojen määrään ja millaisin keinoin niitä voidaan ehkäistä. Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tutkittuun tietoon perustuva kirjallinen ohje hoitajille Swazimaahan, jonka avulla voitaisiin tarjota potilaille voimavaraistumista tukevaa ohjausta uusien HIV-tartuntojen ehkäisemiseksi.

2 SWAZIMAA

Swazimaan kuningaskunta sijaitsee Etelä-Afrikan ja Mosambikin välissä. Maisema vaihtelee laajasti vuoristoista sademetsiin ja savanneihin pienessä maassa. Swazimaassa on monia suojeltuja luonnonpuistoja, sillä kasvillisuus ja eläinkanta ovat monimuotoisia. Swazimaa on maailman viimeisimpiä absoluuttisia monarkioita 1400-luvulta lähtien. Kuninkaalliset sukujuuret voidaan jäljittää maan perustajaan päällikkö Dlaminiin, joka on edelleen kuninkaallisen suvun nimenä. Nykyisin maata hallitsee kuningas Mswati III vuodesta 1986 lähtien. Swazimaassa on käyty taistelua vallasta monarkian ja demokraattisemman hallitusmuodon kannattajien välillä nykyisen kuninkaan vallan aikana. Kaikki poliittiset puolueet ovat kuitenkin kiellettyjä, sillä Mswati III edeltävä kuningas Soghuza II mitätöi perustuslain vuonna 1973. (Globalis 2009; Herbert 2015.)

2.1 Väestö

Asukkaita Swazimaassa on noin 1,2 miljoonaa, joista 93 prosenttia on afrikkalaisia ja loput eurooppalaisia. Swazimaassa elävä bantukansa on saanut nimensä kuningas Mswati II mukaan, josta tuli hallitsija vuonna 1839. (Globalis 2009.)

Suurin osa väestöstä on alle 30-vuotiaita johtuen maan laajasta HIV-epidemiasta. HIV:stä johtuen väestön taloudellinen tilanne on laskenut ja arvioiden mukaan noin 70 prosenttia väestöstä elää köyhyysrajan alapuolella. Neljäsosa väestöstä elää ilman puhdasta juomavettä sekä liki puolet ilman kunnollisia sanitaatiotiloja. (Globalis 2009; CIA Word Factbook 2014.)

Swazimaassa noin 80 prosenttia väestöstä elää maaseudulla ja työskentelee maatalouden parissa. Sokeriruoko, maissi, sitrushedelmät ja puuvilla ovat suurien plantaasien tärkeimmät vientituotteet. Kuningas omistaa noin 60 prosenttia maa-alasta ja loppu on yksityisten ihmisten omistuksessa. Maaseudulla köyhyys on yleisempää kuin kaupungeissa, sillä työttömyys on suuri ongelma.

Vuonna 2012 työttömiä koko väestöstä oli 22 prosenttia. Köyhä väestö viljelee pieniä tiluksia omavaraisesti. (Globalis 2009; CIA Word Factbook, 2014.)

2.2 Kulttuuri

Swazimaa on ollut Iso-Britannian siirtomaana vuoteen 1968 asti, jonka takia maan virallisina kielinä käytetään englantia ja siswattia. Vaikka Swazimaa on kärsinyt osansa kolonialismista, on maa vaalinut silti tarkasti omia perinteitään. Maassa vietetään kaksi kertaa vuodessa rituaalitantsseja, Incwala ja Umhlanga. Incwala eli ensimmäisten hedelmien juhla, on vuoden tärkein seremonia. Umhlanga eli Reed Dance järjestetään kuninkuuden kunnioittamiseksi ja sinne osallistuvat pääasiassa kaikki naimattomat naiset. Kuningas ja kuningataräiti osallistuvat juhliin itse henkilökohtaisesti. (Suomen Suurlähetystö 2009.)

Moniavioisuus on laillista Swazimaassa ja kuninkaalla itsellään oli vuonna 2012 14 vaimoa. Kuningas on usein valinnut uuden vaimon vuosittain järjestettävästä Reed Dance –seremoniasta. Kuningasperhe nauttii yltäkylläisestä elämäntyylistään, vaikka osa kansasta riutuu äärimmäisessä köyhyydessä. Maassa on pyritty vähentämään moniavioisuutta laajan HIV-epidemian vuoksi ja kuningasta onkin rajusti arvosteltu hänen antamastaan esimerkistä. (AVERT 2014a; Suomen Suurlähetystö 2009.)

Swazimaan yleisimmät uskonnot ovat kristinusko ja maan perinneuskonto. Perinteiden mukaan uskonnon tärkein hahmo on ylivertainen, kaiken maanpäällisen luoja Mvelincanti, mutta arjessa luoja tärkeämmäksi nousee esi-isien hengen eli emadloti. Hengille uhrautaan eläimiä, jotta niiltä voi pyytää apua muun muassa sairauksiin ja parisuhdeongelmiin. Osa swazimaalaisista uskoo sekä omaan perinneuskontoon, että kristinuskoon ja noudattaa molempien uskontojen rituaaleja. (Chidester ym. 1997.)

Bantukansojen maailmankuva poikkeaa rajusti länsimaisesta. Bantufilosofian mukaan maailman häiriötön toiminta perustuu materiaallisen maailman ja henkimaailman väliselle harmonialle ja muutos koetaan uhkana. Jos harmoniaa yritetään horjuttaa, elämän perusedellytykset esimerkiksi ravinto, terveys, toi-

meentulo tai lapset ovat vaarassa. Tällaisessa kulttuurissa on hyvin vaikea innostaa ihmisiä edistämään yhteiskunnallisia muutoksia, sillä ongelman ratkaisuna pyritään säilyttämään aikaisemmat olosuhteet. (Kemppainen 2011, 26, 88.)

2.3 Terveysthuolto ja sairaanhoitajan rooli

Swazimaan julkinen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu kolmeen osaan, jotka ovat perusterveydenhuolto (primary health care), keskiasteen terveydenhuolto (secondary health care) ja erikoissairaanhoito (tertiary levels). Perusterveydenhuolto tarkoittaa yhteisöjen parissa työskenteleviä yksittäisiä terveydenhoidon ammattilaisia ja pieniä klinikoita. Syrjäseuduilla voi myös käydä liikkuvia terveydenhuollon yksiköitä esimerkiksi kerran kuukaudessa. Näiden avulla pystytään hoitamaan ja lääkitsemään sairauksia paikan päällä sekä tarjoamaan terveystkasvatusta yhteisölle. Keskiasteen terveydenhuoltoon kuuluvat terveystkeskukset, joissa on mahdollisuus osasto- ja poliklinikkahoitoon. Perusterveydenhuollon yksiköistä voidaan lähettää potilaita terveystkeskuksiin jatkohoitoon. Erikoissairaanhoitoon kuuluu sairaalat, joissa on mahdollista hoitaa vaativampaa hoitoa tarvitsevat potilaat. Julkinen terveydenhuolto Swazimaassa rakentuu seitsemästä julkisesta sairaalasta, viidestä terveystkeskuksesta, 76 klinikasta sekä 187 liikkuvasta terveydenhuollon yksiköstä. Swazimaan terveydenhuoltoon kuuluu myös epävirallinen puoli, joka käsittää kansanparantajat. (Ministry of Health 2015.)

Sairanhoitajan koulutus Swazimaassa kestää 3 vuotta. Opintoihin lukeutuu anatomian ja fysiologian sekä klinisiä hoitotyön ja farmakologian opintoja. Koulutus sisältää kädentaitojen harjoittelua luokkatilanteissa sekä työharjoittelujaksoja sairaaloissa. Kolmen vuoden jälkeen voi erikoistua kättilöksi, kirurgiseksi sairaanhoitajaksi tai mielenterveyshoitajaksi. (Klopper & Uys 2013.)

Swazimaassa sairaanhoitajan rooli vaihtelee laajasti työpaikasta riippuen. Perusterveydenhuollossa työskentelevällä sairaanhoitajalla on suurempi rooli poti-

laan hoidossa sekä laajempi vastuualue. Sairaanhoitajat arvioivat, diagnosoivat ja hoitavat monia sairauksia. Heillä on myös lupa määrätä lääkkeitä, joten sairaanhoitaja voi olla potilaan ainoa kontakti terveydenhuoltoon. (Klopper & Uys, 2013.)

3 HIV

Human Immunodeficiency Virus eli HIV on ihmisen immuunikatovirus, joka aiheuttaa hitaasti etenevän infektion ja vähitellen tartunnan saaneen oma puolustuskyky heikkenee. Virus tuhoaa valkosoluja, mikä altistaa lukuisille oheis-taudeille ja johtaa lopulta kuolemaan. (Positiiviset ry 2006, 7.)

HIV-infektion alkuperä on lukuisista tutkimuksista huolimatta yhä epäselvä, mutta sen uskotaan tarttuneen ihmiseen apinoista. Länsimaiden HIV-historian katsotaan alkaneen Yhdysvalloissa vuonna 1981 Centers for Disease Control and Prevention –järjestön julkaiseman viikkoraportin jälkeen, jossa aikaisemmin terveiden nuorten miesten todettiin sairastuneen Pneumocystis-keuhkokuumeeseen. Havaittiin, että etenkin homomiesten, hemofiliapotilaiden sekä pistoshuumeiden käyttäjien joukkoon oli ilmaantunut immuunipuolustuksen tuhoavan tauti, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). (Ristola & Sutinen 2012.)

HIV-infektioon ei ole suurista ponnisteluista huolimatta löydetty parantavaa lääkettä eikä rokotetta sitä vastaan ole onnistuttu kehittämään. Ainoa keino taistella epidemiaa vastaan on pyrkiä vähentämään uusia tartuntoja. (Leinikki, 2005.)

3.1 HIV taudinkuva

HI-virus tarttuu verikontaktissa, likaisten huumeruiskujen välityksellä, yhdynnässä eritteiden päästessä kosketuksiin limakalvon kanssa sekä äidistä lapseen raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Valtaosa tartunnoista saadaan seksin välityksellä, erityisesti anaaliseksissä tartuntavaara on suurin limakalvojen rikkoutuessa herkästi. (Erkko 2007.)

HIV-tartunnan saaneilla vain joka toisella tai kolmannella on oireita. Oireet tulevat noin 2-6 viikkoa tartunnasta ja häviävät kuukauden kuluessa. Oireina ovat

kuume, nielutulehdus, haavat suussa, päänsärky, turvonneet imusolmukkeet, nivelsäryt, virusrokon kaltainen ihottuma pään alueella, ylävartalossa, kämmenissä ja jalkapohjissa sekä ripuli. Oireet eivät ole mitenkään tyypillisiä pelkästään HIV:lle eikä sitä välttämättä osata epäillä oireiden aiheuttajaksi, sillä ne muistuttavat paljon kuumeista influenssaa. Ensivaiheen lyhyen oireilun jälkeen seuraa useiden vuosien mittainen oireeton jakso. (Laine & Mikkola 2014.)

Oireeton jakso voi kestää useita vuosia ennen kuin oireita ilmaantuu. Oireiseen jaksoon liittyy muun muassa laihtumista, ripulointia ja yleiskunnon laskua. Elimistön puolustusjärjestelmän heikennyttyä iholla ja limakalvoilla alkaa esiintyä hiiva-, bakteeri ja virusinfektioita, muun muassa suun ja emättimen hiivatulehduksia, kynsien sienitulehduksia sekä syyliä. Eurooppalaisen määritelmän mukaan AIDS-vaiheesta on kysymys silloin, kun henkilö sairastuu johonkin HIV:n 28 liitännäissairaudesta, esimerkiksi Kaposin sarkoomaan, kohdunkaulan syöpään tai tuberkuloosiin. (Positiiviset ry 2006, 9-10; Erkko 2007.)

3.2 HIV diagnosointi ja hoito

HIV diagnosoidaan verikokeen perusteella. Tartunnan saaneen henkilön puolustusjärjestelmä alkaa muodostaa vasta-aineita viruksen torjumiseksi ja mikäli vasta-aineita löytyy verestä, henkilö todetaan HIV-positiiviseksi. T-solut ovat soluja, jotka pyrkivät tuhoamaan taudinaiheuttajia ja säätelemään puolustuskeinoja taudinaiheuttajan pysäyttämiseksi. CD4-solut ovat T-solujen alaluokkaan kuuluvia soluja, joita HI-virus tuhoaa. Virus tunkeutuu CD4-solujen sisälle, jolloin solu alkaa tuottaa uusia HI-virusia. HIV-positiiviselta henkilöltä mitataan säännöllisesti CD4-solujen määrää elimistössä, sillä se kertoo HIV:n etenemisestä. Vuosien kuluessa CD4-solujen kokonaismäärä laskee ja ihminen sairastuu johonkin HIV:n liitännäissairauteen kuten tuberkuloosiin, jonka jälkeen taudin voidaan todeta edenneen AIDS-vaiheeseen. (Positiiviset ry 2006,84-86.)

HIV-infektiota pyritään hidastamaan antiretroviraalihoidolla, josta käytetään lyhennettä ART. Sen tavoitteena on pysäyttää CD4-solujen tuhoutuminen ja sitä

kautta säilyttää tartunnan saaneen oma vastustuskyky. 1990-luvun lopulta lähtien hoidossa on käytetty yhdistelmälääkitystä, jota kutsutaan lyhenteellä HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). Samaan aikaan hoidossa kokeiltiin lääkityksen aloittamista heti HIV-tartunnan saannin jälkeen. Tämä kuitenkin altisti potilaat HIV-lääkkeisiin liittyville vakaville pitkäaikaishaitoille ja siitä luovuttiin melko pian. Nykyisin lääkitys aloitetaan, kun CD4-solujen määrä on vähentynyt tasolle 250-350 tai potilaan kärsiessä HIV-infektioon liittyvistä oireista. (Positiiviset ry 2006, 75.)

3.3 HIV levinneisyys

Maailmanterveysjärjestö WHO:n ja UNAIDS:n arvioiden mukaan vuoden 2013 loppuun mennessä HIV-positiivisia ihmisiä maailmassa oli yhteensä 35 miljoonaa. Noin 2,1 miljoonaa tartunnoista oli uusia ja 1,5 miljoonaa ihmistä kuoli AIDS:iin. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna HIV:n vastainen työ on kuitenkin alkanut tuottaa tulosta ja uusien HIV-tartuntojen määrä on vähentynyt 38 prosenttia vuodesta 2001 vuoteen 2013 verrattuna. Kaiken kaikkiaan tautiin kuolleita ihmisiä arvioidaan olevan noin 39 miljoonaa. (WHO 2014.)

Suomessa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL on rekisteröinyt HIV-tartunnat vuodesta 1980 saakka, jolloin Suomessa todettiin ensimmäinen tartunta. Vuoden 2014 loppuun mennessä Suomessa on todettu kaiken kaikkiaan 3401 HIV-tartuntaa. Lisäksi noin 1000 ihmisen arvioidaan olevan HIV-positiivisia tietämättään. Tartunnan saaneista miehiä on 2476 ja naisia 927. Ulkomailta tuotuja tartunnoista on noin joka kolmas. Selvästi yleisin tartuntatapa on heteroseksuaali. Suomessa päätettiin melko varhaisessa vaiheessa tavoitteista, joilla haluttiin turvata jokaiselle mahdollisuus hakeutua HIV-testiin. 1990-luvulla uusien tartuntojen määrä vuodessa oli noin 70, joista puolet aiheutui heteroseksissa ja puolet miesten välisessä seksissä. Kuitenkin vuonna 1998 ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa puhkesi epidemia, joka aiheutti, että vuonna 1999 todettiin 85 uutta tapausta. Vastatoimiin ryhdyttiin heti valistuksen sekä konkreettisten keinojen, kuten puhtaiden neulojen jakamisen avulla ja nykyisin ruiskuhuumeista ai-

heutuneet uudet tartunnat ovat pysyneet vuosittain alle kymmenessä. Kuitenkin Suomessa todettujen HIV-tartuntojen kokonaismäärä on ollut hitaassa kasvussa. Vuonna 2014 uusia tartuntoja Suomessa tilastoitiin 186, kun vastaava luku edellisvuonna oli 154. Viime vuotta enemmän tartuntoja on ollut vain kahdesti 24 tilastoidun vuoden aikana, vuosina 2006 ja 2007. Eniten tartuntoja todetaan 30-34-vuotiailta. Yli puolet viime vuoden tartunnoista oli peräisin ulkomailta. (Salminen 2005; Hiv-tukikeskus 2015; THL 2015.)

Uusista HIV-tartunnoista 95 prosenttia todetaan kehitysmaissa. Pahin tilanne on Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, jossa väestöstä 24,7 miljoona on HIV-positiivisia. Se on noin 70 prosenttia koko maailman HIV-tartunnoista. Naisten tartuntojen määrä on kasvanut ja yli puolet Saharan eteläpuolisen Afrikan uusista tartunnoista todetaan 15-24-vuotiailla naisilla. Lisäksi Itä-Euroopassa ja Aasiassa on havaittu kasvua HIV-tartuntojen määrässä. (WHO 2014.)

3.4 HIV Swazimaassa

Swazimaan ensimmäinen AIDS:iin sairastunut henkilö raportoitiin vuonna 1986, jolloin Swazimaan hallitus asetti lyhytaikaisia strategioita tavoitteena taata tietoa ja valistusta HIV:stä, lisätä kondomin käyttöä, vähentää sukupuolitauteja sekä seuloa kaikki luovutettu veri. Eri maiden välistä HIV-tilannetta on usein mitattu raskauden aikaisen HIV-esiintyvyyden mukaan ja vuonna 1992 oli tilastoitu, että Swazimaan raskaana olevista naisista HIV-positiivisia oli 3,9 prosenttia. Vuoteen 1996 mennessä lukema oli kuitenkin noussut yli 26 prosenttiin. Epäselväksi jäi, mitä strategialla saavutettiin ja mitkä tekijät HIV:n räjähdysmäiseen kasvuun vaikuttivat. Vielä silloin Swazimaan HIV & AIDS Prevention and Control -järjestö nimitti koulutuksen ja kommunikaation olevan pääroolissa HIV:tä ja AIDS:ia vastaan. Vasta vuonna 1999 kuningas myönsi AIDS:in olevan kansallinen katastrofi ja vuosille 2000-2005 laaditussa strategiassa painotettiin asenteiden muuttamista valtamedian avulla, koulujen ja työpaikkojen panosta sekä pyrkimystä minimoida vaikutukset jo ennestään heikossa asemassa oleviin, kuten orpoihin. Strategioilla ei kuitenkaan saavutettu toivottua tulosta, sillä ras-

kaana olevien HIV-positiivisten naisten oli vuoteen 2010 mennessä kasvanut 41 prosenttiin. Tänä päivänä Swazimaassa on väkilukuun suhteutettuna maailman eniten HIV-tartuntoja. (AVERT 2014a.)

Vajaan 30 kuluneen vuoden aikana virus on levinnyt hälyttävän suureen määrään Swazimaan väestöstä ja tällä hetkellä yksi neljästä aikuisesta on HIV-positiivinen. WHO:n vuoden 2012 tilastojen mukaan HIV:n esiintyvyyssprosentti aikuisten keskuudessa oli 26,5. Swazimaan noin 1,2 miljoonasta asukkaasta siis arviolta jopa 210 000 henkilöä on HIV-positiivisia ja näistä lapsia noin 22 000. Epidemian vaikutus pieneen maahan on ollut musertava niin taloudellisesti kuin yhteiskunnallisesti. AIDS-kuolemat ovat pahentaneet perheiden köyhyyttä ja johtaneet varsin nuoreen väestöön, enemmän kuin joka kolmas swazimaalainen on alle 14-vuotias. Kun eliniänodote vielä vuonna 1990 oli 59,5 vuotta, on se nykyään vain 48,9 vuotta. Yksinomaan AIDS:in takia orvoksi jääneitä lapsia vuonna 2012 oli 78 000. Keskimäärin vain noin 5 prosenttia ihmisistä elää yli 65-vuotiaiksi. (UNICEF 2013; AVERT 2014a.)

4 VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVA POTILASOHJAUS

Voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella tarkoitetaan potilaslähtöistä ohjausta. Voimavaraistuminen on potilaan oma henkilökohtainen prosessi, jota hoitohenkilökunta ei voi edistää ilman potilaan omaa motivaatiota. Voimavaraistuminen auttaa potilasta tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyjään tarpeidensa tunnistamiseen, terveysongelmiensa ratkaisemiseen sekä omien voimavarojensa säätelyyn. (Tuorila 2009.)

Onnistuneessa, voimavaraistumista tukevassa hoitosuhteessa potilas tuntee päätösvallan omasta elämästä olevan itsellään. Voimavaraistunut potilas tuntee vaikutusmahdollisuutensa hoitoon paremmiksi ja sitoutuu hoitoon määrätietoisemmin. Potilas on myös tyytyväisempi saamaansa hoitoon, mikä nopeuttaa paranemisprosessia. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus edistää myös toimivaa ja onnistunutta vuorovaikutusta hoitosuhteessa. (Tuorila 2009.)

Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hänen tarpeisiinsa sekä toiveisiinsa yritetään vastata. Tällöin pystytään tarjoamaan realistisempaa apua potilaalle, joka tekee päätökset elämäntapojensa muutoksista ja omahoidosta. Kun hoitaja tiedostaa ja ymmärtää potilaan jo olemassa olevat tiedot ja taidot, osaa hän kehua ja kannustaa potilaan terveyden kannalta hyödyllistä toimintaa sekä tukea potilasta puutteellisimmilla osa-alueilla. Tällöin hoitaja pystyy tarjoamaan oikeanlaista tietoa ongelmasta, hoidon tavoitteista ja keinoista sekä myös motivoimaan potilasta. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa pystytään räätälöimään yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka on mahdollista toteuttaa potilaan arjessa. Potilas itse on viime kädessä se, joka päättää ottaako hän vastuun hoidon onnistumisesta sekä noudattaako yhdessä hoitajan kanssa laadittua hoitosuunnitelmaa. Omahoidon onnistuessa potilas kokee itsensä pystyväksi jatkamaan hoitoa. (Routasalo ym. 2009; Tuorila 2009; Absetz 2014.)

Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa edellyttää laadukasta ja ymmärrettävää tiedonsaantia, jonka avulla potilas pystyy edistämään terveyttään sekä

elämänlaatuaan. Epäselvä tieto puolestaan ehkäisee potilaan voimavaraistumista. Potilaan voimavaraistumisen edellytyksenä on, että hän tuntee itsensä hyväksytyksi sekä asemansa tasa-arvoiseksi hoitosuhteessa. Voimavaraistumista tukeva hoitosuhteen tavoitteena on, että se koetaan turvalliseksi ja luotettavaksi. Tällöin potilas tuntee voivansa avoimesti kertoa ajatuksistaan ja mahdollisista epäselvistä asioista hoitoonsa liittyen. (Tuorila 2009.)

Voimavaraistuminen vaatii potilaalta myös motivaatiota omahoitoon. Motivaatiota voidaan tukea oikeanlaisella ympäristöllä, joka syntyy silloin, kun potilas koee saavansa tukea, kunnioitusta ja huolenpitoa. Motivoivan keskustelun avulla voidaan tukea potilaan voimavaraistumista sekä lisätä potilaan motivaatiota omahoitoon. Keskustelu on potilaslähtöistä, jossa voidaan tuoda esille potilaan toiveiden ja nykytilanteen eroa. Keskustelussa edetään potilaan ehdoilla ja siten tuetaan hänen pystyvyyden tunnettaan. Keskustelussa on tärkeää myös molemminpuolinen kunnioitus ja luottamus, jotta potilas pystyy avoimesti kertomaan tilanteestaan ja jakamaan tunteensa. Tavoitteena on pitää keskustelun tunnelma positiivisena ja löytää potilaan jo olemassa olevat vahvuudet. Pelottelu tai suorien ohjeiden tarjoaminen eivät edistä potilaan sitoutumista hoitoon eivätkä tue potilaan voimavaraistumista. Hoitajan tehtävänä on tarjota potilaalle aikaa ja työvälineitä, jotta hän voi kehittää omaan tilanteeseensa sopivia keinoja. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tavoitteena on hyväksyä potilas omana itsenään ja lisätä potilaan pystyvyyden tunnetta. (Routasalo ym. 2009; Absetz 2014.)

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tutkittuun tietoon perustuva kirjallinen ohje hoitajille Swazimaahan, jonka avulla he voisivat tarjota voimavaraistumista tukevaa ohjausta HIV:n vastaisessa työssä. Ohjetta olisi mahdollista käyttää terveydenhuollon eri toimipaikoissa. Tavoitteena on selvittää mitkä tekijät Swazimaassa vaikuttavat HIV-tartuntojen määrään ja millaisin keinoin niitä voidaan ehkäistä sekä tarkastella voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen peruseriaatteita. Ohjeen tavoitteena on auttaa terveydenhuollon ammattilaista tukemaan potilaan voimavaraistumista HIV-tartunnan ehkäisemiseksi.

5.2 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Mitä on voimavaraistumista tukeva potilasohjaus?
2. Miten potilas voi itse ehkäistä HIV-tartuntaa?
3. Millainen hoitajille suunnattu ohje edistää voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta HIV:n ehkäisemiseksi Swazimaassa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteutus on kolmivaiheinen. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin vuoden 2014 lopulla ja se perustuu tutkittuun, tieteelliseen aineistoon. Aineiston pohjalta kehitettiin potilaan voimavaraistumista tukeva ohje. Alustavaan versioon ohjeesta kyseltiin vapaamuotoisesti mielipiteitä muutamalta hoitajalta Swazimaassa helmikuussa 2015. Saadun palautteen pohjalta ohjetta muokattiin opinnäytetyössä julkaistavaksi tuotokseksi (Liite 1.). Opinnäytetyö valmistui kokonaisuudessaan maaliskuussa 2015.

6.1 Menetelmät

Opinnäytetyö on toiminnallinen, joka tarkoittaa, että se tavoittelee käytännön toiminnan kehittämistä, järjestämistä sekä ohjeistamista ammatillisessa kentässä. Se voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus. Toiminnallisen opinnäytetyön näkökulma on tutkiva ja kehittävä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51-55.)

Toiminnallinen opinnäytetyö pohjautuu kirjallisuuskatsaukseen, johon tiivistetään aiempien tutkimuksien sisältöä. Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään löytämään tieteellisten tutkimusten kannalta tärkeitä ja mielenkiintoisia tutkimustuloksia. Katsauksessa käsitellään runsaasti tutkimusmateriaalia tiiviissä muodossa, jonka avulla perustellaan tutkimuksen merkityksellisyys. (Salminen A. 2011, 9.)

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin aineistoa eri tietokannoista. Käytettyjä tietokantoja olivat CINAHL, MEDIC ja PUBMED. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tieteelliset tutkimukset ovat enintään 10 vuotta vanhoja, eli vuoden 2005 jälkeen julkaistuja. Tutkimuskohteena opinnäytetyössä olivat HIV-tartuntojen leviämiseen vaikuttavat tekijät ja keinot, joilla HIV-tartuntojen leviämistä voidaan estää.

6.2 Tuotos

Opinnäytetyön tuotoksena kehitettiin potilaan voimavaraistumista tukeva ohje, jonka tavoitteena on uusien HIV-tartuntojen ehkäiseminen. Ohje on suunnattu hoitajien käyttöön potilasohjaustilanteisiin, joissa potilaalla ei ole HIV-tartuntaa. Se suunniteltiin kirjallisuuskatsauksessa käytettyihin tutkimuksiin ja tieteellisiin artikkeleihin pohjautuen. Ohje toteutettiin Swazimaan toisella virallisella kielellä, englanniksi. Tärkeänä pidettiin, että ohje on helposti ymmärrettävä ja luettava. Ohjeen tarkoituksena on kannustaa hoitajaa potilaslähtöiseen keskusteluun. Sen tarkoituksena ei ole antaa suoria ohjeita tai neuvoja HIV-tartunnan ehkäisemiseen. Potilaslähtöisen keskustelun pohjalta potilas ja hoitaja voivat löytää yhdessä yksilöllisiä ratkaisuja, joiden avulla potilas pystyy ehkäisemään HIV-tartuntaa. Ohjeeseen lisättiin kuvia herättämään mielenkiintoa ja keventämään tunnelmaa. Opinnäytetyön liitteenä julkaistussa ohjeessa kuvia ei kuitenkaan ole tekijänoikeuksien takia.

7 TULOKSET JA TUOTOS

7.1 Merkittävimmät tekijät HIV-tartuntoihin Swazimaassa

HIV-tartunnan yleisin leviämistapa Swazimaassa on suojaamaton seksi. Kondomi on paras ehkäisykeino Swazimaan HIV-epidemiaa vastaan. Kondomi on ainoa ehkäisyväline, joka suojaa HIV-tartunnalta ja sukupuolitaudeilta lähes 100 prosenttisesti. Swazimaassa on jaettu ilmaisia kondomeita hallituksen toimesta jo 1990-luvulta lähtien esimerkiksi terveydenhuollon eri toimipisteissä sekä julkisten tilojen yhteydessä. (AVERT 2014a.)

Kondomi on tehokas ehkäisyväline, mutta sen käyttöön liittyy haasteita. Kondomin antama suoja ei ole pitkäkestoinen, vaan sitä on muistettava käyttää jokaisen emätin- ja anaaliyhdynnän sekä suuseksikerran aikana. Kondomia on osattava käyttää oikein ja jokaisella yhdyntäkerralla on käytettävä uutta kondomia. Vuonna 2011 tilastojen mukaan noin 70 prosenttia ihmisistä oli käyttänyt kondomia edellisellä yhdyntäkerrallaan, joten valistuksesta on ollut hyötyä. Valistus ei kuitenkaan tavoita kaikkia ja kondomin käyttöön liittyy monia uskomuksia ja asenteita, jotka vähentävät niiden käyttöä. Osa swazimaalaisista uskoo ilmaisten kondomien olevan huonompia kuin ostettujen ja niissä olevan HIV:tä tartuttavia matoja. Avioliitossa tai parisuhteessa kondomin käytön vaatiminen voi olla merkki uskottomuudesta ja herättää epäluottamusta kumppania kohtaan. (Casale ym. 2011; AVERT 2014a.)

Yksi merkittävimmistä tekijöistä laajaan HIV-epidemiaan on moniavioisuus, sillä tartuntojen kannalta oleellista on seksipartnerien määrä ja niiden vaihtuvuus. Moniavioisuus on laillista Swazimaassa, mutta se tarkoittaa yleisesti monivaiheisuutta. Lain mukaan aviomiehen on pystyttävä tarjoamaan kaikille vaimoilleen yhtä hyvä elintaso ja tämä laki onkin vähentänyt moniavioisuuden esiintyvyyttä. Pelkkä moniavioisuus ei altista HIV-tartunnalle. Jos kaikki avioliitossa elävät ovat uskollisia, riski saada HIV on olematon. Kuitenkin riittää yhden liiton osapuolen uskottomuus moninkertaistamaan muiden tartuntariskin. Perinteisesti moniavioinen liitto ei salli avioliiton ulkopuolisia suhteita, mutta nykyään perin-

teiden merkitys on vähentynyt. Molemmilla sukupuolilla voi olla useampia rinnakkaissuhteita avioliiton tai parisuhteen ulkopuolella. Rinnakkaiset seksuaaliset suhteet luovat verkoston, joka mahdollistaa HIV:n nopean leviämisen. Tuoreessa HIV-tartunnassa on enemmän taudinaiheuttajia, joten se tarttuu helposti. Uusi tartunta ei myöskään vielä näy verinäytteessä, joten itsensä testaaminen ei välttämättä anna luotettavaa tulosta. (Andersson ym. 2010, World Trade Press, 2010, 2; Kemppainen 2011, 38.)

Naisten asema on huono, sillä perinteisesti Swazimaan kulttuurissa mies on naista arvokkaampi. Poikien koulutus ja työllistyminen on tärkeämpää kuin tyttöjen. Työllistyminen Swazimaassa on erittäin hankalaa ja työn haussa useimmiten suositaan miehiä. Nainen tarvitsee luvan aviomieheltään tai läheiseltä sukulaismieheltä omien asioidensa hoitamiseen esimerkiksi avataksaan pankkitilin, hankkiakseen passin tai hakeakseen töitä. (World Trade Press 2010, 1.)

Swazimaassa naisilla on juridisesti samat oikeudet kuin miehillä, mutta perinteiset tavat ja lait rajoittavat naisten oikeuksien käytäntöön panoa. Varsinkin omaisuuteen ja perintöön liittyvät lait syrjivät räikeästi naisia. Naisella ei ole oikeutta omistaa kiinteistöjä tai periä vanhempiaan. Nainen voi panna avioeron alulle, mutta niin harvoin tapahtuu, sillä lasten huoltajuus siirtyy automaattisesti isälle. Koulutus kuuluu kaikille, mutta useimmat tytöt keskeyttävät koulunsa toisella asteella. (World Trade Press 2010, 1.)

Swazimaalaisten naisten huono asema näkyy HIV-tilastoissa. Naisten tartuntariski on jopa kolminkertainen miehiin verrattuna ja vuonna 2011 kaksi kolmesta uuden HIV-tartunnan saaneesta oli naisia. Naisilla on jo fysiologisista syistä suurempi riski saada HIV-tartunta heterosuhteessa. Epätasa-arvoisempi asema, niin sosiaalisesti, taloudellisesti kuin oikeudellisestikin, lisää naisten riskiä joutua fyysisen ja seksuaalisen väkivallan uhriksi. Yksi kolmesta naisesta on joutunut seksuaalisen väkivallan uhriksi jo alle 18-vuotiaana, joka osoittaa nuorten tyttöjen olevan haavoittuvia Swazimaassa. (Kemppainen 2011, 17; AVERT 2014a.)

Vuonna 2010 arviolta 41 prosenttia Swazimaan raskaana olevista naisista olivat

HIV-positiivisia ja vuosittain syntyy 17 000 HIV:lle altistunutta lasta. Lapsi voi saada HIV-tartunnan äidiltään raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Tällä tavoin saatua tartuntaa kutsutaan äidiltä lapseen –tartunnaksi. Prevention of Mother to Child Transmission -ohjelman tavoitteena on eliminoida äidistä lapseen siirtyvät HIV-tartunnat. Swazimaan PMTCT-ohjelma käynnistyi vuonna 2003 WHO, UNICEF, Elizabeth Glaser Pediatric Aids -säätiön ja muiden yhteistyökumppaneiden toimesta. Tuolloin ohjelma otettiin käyttöön kolmella eri klinikalla. Vuoteen 2010 mennessä PMTCT-ohjelma oli laajentunut valtavasti ja oli käytössä jo yli 150:ssä terveydenhuollon toimipisteessä. Tämä tarkoittaa 88 prosenttia kaikista maan terveydenhuollon toimipisteistä. (UNICEF 2013a; AVERT 2014a.)

Odottavista äideistä 98 prosenttia, eli lähes jokainen, osallistuu synnytystä edeltävään hoitoon ainakin kerran. Yhtenä ohjelman haasteena on kuitenkin saada odottavat äidit osallistumaan siihen jo raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, jotta hoito voidaan aloittaa mahdollisimman aikaisin. Tällä hetkellä vain noin 28 prosenttia osallistuu siihen raskauden alkuvaiheessa. Swazimaassa noin 82 prosenttia synnytyksistä tapahtuu terveydenhuollon piirissä, mikä onkin erityisen tärkeää HIV-positiivisille äideille. HIV-tartunta äidiltä lapselle voidaan ehkäistä raskauden aikana aloitetulla antiretroviraalilääkityksellä, jota jatketaan synnytyksen ja imetyksen aikana. Myös HIV:lle altistunut lapsi lääkitään ja testataan myöhemmin HIV:n varalta. Vuonna 2010 81 prosenttia raskaana olevista naisista testattiin HIV:n varalta ja 83 prosenttia HIV-positiivisista saivat lääkitystä välttääkseen tartuttamasta syntyvää lastaan. (Bancheno ym. 2010; UNICEF, 2013a; AVERT 2014a.)

Vaikka PMTCT-ohjelma on vähentänyt äidiltä saatuja HIV-tartuntoja ja lisännyt lääkityksen käyttöä, on ohjelman myötä käsitys HIV-tartunnan alkuperästä muuttunut. Parisuhteessa elävien ensimmäinen HIV-testi tehdään naiselle hänen tullessaan raskaaksi. Usein ajatellaankin, että AIDS:lla on Afrikassa naisen kasvot, sillä hän on usein parisuhteen ensimmäinen, jolla todetaan HIV-tartunta. Ajatusmallia tukee Swazimaassa HIV:n ehkäisemiseksi käytettävä miesten ympärileikkaus ja toimenpiteeseen liittyvät uskomukset. (IRIN 2008.)

UNAIDS, eli YK:n 1990-luvulla perustettu HIV/AIDS-ohjelma, sekä WHO suosittelevat vapaaehtoista miesten ympärileikkausta Afrikan maihin, joissa on korkea HIV-tartuntojen määrä ja suurin osa tartunnoista saadaan heteroseksin kautta. Swazimaassa ympärileikkauksia ei tehdä kulttuurillisista syistä, joten toimenpidettä on markkinoitu maahan osana HIV:n ehkäisyä. Ympärileikkauksessa esinahka poistetaan kirurgisesti joko osittain tai kokonaan. Se vähentää riskiä saada HIV-tartunta noin 60 prosentilla heteroseksin välityksellä (EHJÄ-hanke 2013, 2). Ympärileikkauksen ehkäisyteho perustuu limakalvokontaktin vähenemiseen, kun esinahka on poistettu. Koska ympärileikkaus vähentää HIV-tartunnan riskiä ainoastaan miehillä, tulisi toimenpiteen jälkeenkin käyttää kondomia seksin aikana ehkäisemään sukupuolitauteja, ei-toivottua raskautta ja HIV-tartuntaa. Myös HIV-testissä tulisi käydä säännöllisesti. (AVERT 2014b.)

Kuitenkin ympärileikkauksen ehkäisykykyyn HIV:tä vastaan liittyy monia epäselvyyksiä ihmisten keskuudessa. Ympärileikkauksen luullaan suojaavan täysin HIV-tartunnalta, eikä kondomia siis toimenpiteen jälkeen enää tarvitsisi koskaan käyttää. Ajatus, ettei ennen ympärileikkausta saatu HIV-tartunta voisi enää tarttua kumppaniin, on omiaan lisäämään seksuaalista riskikäyttäytymistä. Kun miehet virheellisesti luullevat, että ympärileikkaus olisi ikään kuin rokote HIV:tä ja AIDS:ia vastaan, aiheuttavat he suuremmat riskin saada HIV-tartunta myös naisille. (IRIN 2008; Andersson & Cockcroft 2012.)

7.2 Potilaan voimavaraistumista tukeva ohje HIV:n ehkäisyyn

Opinnäytetyön tuotos on potilaan voimavaraistumista tukeva ohje HIV-tartuntojen ehkäisemiseksi. HIV-tartuntojen ehkäisy on usein yksilön omalla vastuulla, joten ehkäisy- ja valistustyössä suurimpana haasteena on muuttaa ihmisten käyttäytymismalleja ja asenteita. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on yksilöllistä ja potilaslähtöistä. Ohjauksen tavoitteena on tunnistaa potilaan tarpeet ja luoda niiden pohjalta yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka potilaan on mahdollista toteuttaa. Potilasohjauksen tarkoituksena on auttaa potilas-

ta tunnistamaan ja edistämään kykyjään tarpeidensa tunnistamiseen, terveysongelman ratkaisemiseen sekä omien voimavarojensa säätelyyn.

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on käsitteenä melko uusi, joten ohjeeseen oli tarpeellista kirjoittaa ohjauksen keskeinen sisältö. Vaikka voimavaraistumista tukeva potilasohjaus koostuu potilaslähtöisestä keskustelusta, tulee ohjaukseen sisältyä faktatietoa HIV:stä ja sen ehkäisemisestä jokaisen potilaan kohdalla. Ohjeeseen kirjoitettiin lyhyesti potilaalle oleelliset asiat HIV-infektiosta ja sen tartunnan ehkäisemisestä. Swazimaassa ihmisillä on vahvat asenteet ja mielipiteet HIV:tä ja sen ehkäisyä kohtaan, minkä takia ohjeeseen lisättiin myös yleisimpiä väärä uskomuksia ja asenteita HIV-tartuntoja ja niiden ehkäisyä kohtaan. Nämä mahdolliset ajatukset hoitajan olisi suositeltavaa ottaa potilasohjauksen aikana.

Potilaan voimavaraistumista tukevaa ohjetta näytettiin Swazimaassa muutamalle hoitajalle helmikuussa 2015 ja kysyttiin heidän mielipidettään vapaamuotoisesti. Ohjeessa oli huomioitu melko hyvin kulttuurilliset tekijät ja yleisimmät uskomukset HIV-tartuntoihin liittyen.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Idea opinnäytetyön aiheesta syntyi, kun olimme suorittamassa työharjoitteluja Swazimaassa. Olimme harjoittelussa sairaalan eri osastoilla sekä muutamalla klinikalla ja huomasimme HIV-epidemian laajuuden. Olimme tietoisia maan suurista HIV-esiintyvyydestä, mutta harjoittelujaksojen aikana todellisuus tuli entistä selvemmäksi. Päätimme opinnäytetyön aiheena tutkia HIV:tä enemmän ja valitsimme aiheeksi HIV-tartuntojen ehkäisyn. Uusien tartuntojen ehkäisy on ainoa keino pysäyttää epidemian leviäminen, koska lukuisista yrityksistä huolimatta HI-virusta vastaan ei ole vielääkään onnistuttu kehittämään rokotetta tai parantavaa lääkettä.

Opinnäytetyön tuotoksena tehdyn ohjeen tarkoitus on auttaa hoitajia Swazimaassa tukemaan potilaan voimavaraistumista HIV-tartunnan ehkäisemiseksi. HIV:n ehkäisyssä työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla on valtava määrä kokemusta ja tietoa sairaudesta. Swazimaan kulttuuri eroaa paljon länsimaisesta, joten haasteena on osata ottaa huomioon kulttuurilliset tekijät, jotka vaikuttavat HIV:n leviämiseen. Käytimme omia kokemuksiamme, havaintoja ja käytyjä keskusteluja hyödyksi ohjetta laatiessa.

Opinnäytetyöprojektin alkaessa aiheen valinta ja sen rajaaminen oli haasteellista. Ideoita mahdolliseksi aiheeksi syntyi paljon, mutta osasta luovuimme aika-tilallisista syistä. Koimme tärkeäksi aiheeksi nimenomaan uusien HIV-tartuntojen ehkäisyn, sillä ainoa keino HIV-epidemian pysäyttämiseksi on estää uusien tartuntojen leviäminen. HIV vastaiseen työhön on käytetty valtavasti rahaa ja muita resursseja, mutta suuria muutoksia kokonaistilanteessa ei ole tapahtunut. PMTCT-ohjelman avulla on saatu vähennettyä vastasyntyneiden HIV-tartuntoja, mutta nuorten naisten keskuudessa suojattoman seksin kautta saadut HIV-tartunnat ovat kasvussa. HIV-epidemia pienessä valtiossa synnyttää myös monia muita ongelmia, kuten köyhyyttä, alhaista elintasoja ja orvoksi jääneitä lapsia. Tämän takia koimme, että HIV-tartuntojen ehkäiseminen on elintärkeää Swazimaan tulevaisuudelle. (AVERT 2014a.)

HIV-tartuntojen ehkäiseminen Swazimaassa on haastavaa, vaikka on olemassa toimivia ehkäisykeinoja. Merkittävin haaste on Swazimaan kulttuuri ja asenteet. Swazimaassa kondomeita on saatavilla, mutta kondomin käyttöön liittyy muita ongelmia. Kondomien käyttöä vähentää erilaiset uskomukset sen antamaa suojaa kohtaan. Uskomukset HIV:n leviämisestä kondomien kautta eivät lisää niiden käyttöä. Länsimaalaisittain katsottuna ihmisoikeudet eivät myöskään aina toteudu naisten kohdalla. Usein naiset näyttäytyvät miehen omaisuutena ja eri tavoin miehestä riippuvaisena, jolloin heillä ei ole päätösvaltaa omaan seksuaalisuuteensa tai mahdollisuutta turvalliseen seksiin. Ilman itsemääräämisoikeutta itsensä suojaaminen HIV-tartuntaa vastaan on mahdotonta.

Viime vuosina on myös edistytty taistelussa HIV-epidemiaa vastaan. Swazimaa on yksi viidestä Saharan eteläpuolisesta Afrikan maasta, joka saavutti tavoitteen taata ilmaisen HIV-lääkityksen yli 80 prosentille sitä tarvitsevalle henkilölle. Raskaana olevista naisista 83 prosentilla on mahdollisuus tähän, mikä on varsin korkea luku. Näistä johtuen maan AIDS-kuolemat ovatkin vähentyneet. (AVERT 2014a.)

Voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta tutkittaessa myös me saimme paljon uutta ajateltavaa ammatillisen kehityksen kannalta. Potilaan voimavaraistumista tukeva ohjaus tuntuu olevan käytännön hoitotyössä Suomessakin vielä aika uutta. Puhuttaessa erityisesti pitkäaikaisista kroonisista sairauksista, jollainen HIV:kin nykyään on, tulisi muistaa että potilaan sitoutuminen hoitoonsa on äärimmäisen tärkeää. Kun laaditaan hoitosuunnitelmaa voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella voidaan ottaa huomioon potilaan yksilölliset haasteet sairauden hoidossa. Kunkin potilaan kohdalla tavoitteena on aina luoda suunnitelma, joka potilaalle on käytännössä mahdollista toteuttaa. Suomessa terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmä yhdessä mahdollistavat lähes tasapuolisen sairauden edellyttämän hoidon jokaiselle sitä tarvitsevalle, mutta Swazimaassa tilanne on hieman erilainen. Swazimaan väestöstä noin 70 prosenttia elää köyhyysrajan alapuolella, joka kehityksmaan ollessa kyseessä tarkoittaa alle yhtä dollaria päivässä. Swazimaan hallitus on vuodesta 2003 alkaen mahdollistanut ilmaisen antiretroviraalilääkityksen kaikille HIV-positiivisille, mutta osalle

sitä tarvitsevista lähin terveydenhuollon toimipiste voi olla silti liian kaukana. Maan väestöstä 80 prosenttia elää maaseudulla, vuoristossa tai syrjäkylissä eikä rahaa tai mahdollisuutta lääkkeiden hakemiseksi ole.

Potilaan voimavaraistumista tukevaa ohjetta suunnitellessamme haastetta toisen luominen vieraaseen kulttuuriin. Kolmen kuukauden harjoittelujakson aikana Swazimaassa opimme valtavasti paikallisesta kulttuurista ja HIV:n hoidosta, mutta loppupeleissä oma länsimainen kulttuurimme eroaa niin valtavasti Swazimaasta, ettei siitä voi todeta tietävänsä kuin murto-osan. HIV aiheena on paljon tutkittu ja siitä löytyy valtavasti tietoa. Tietoa etsittäessä ja opinnäytetyötä kirjoitettaessa haasteena oli pysyä rajatulla aihealueella. Tätä ohjeistusta pitää jatkokehittää vastaamaan paremmin Swazimaan kulttuuria ja todellisia ongelmia HIV:n ehkäisyssä.

Opinnäytetyössä on huomioitu eettisyys ja luotettavuus muun muassa lähdekritiikin avulla, sillä tiedon on oltava luotettavaa ja oikeellista. Tutkimus voi olla luotettava vain, mikäli tulokset raportoidaan rehellisesti. Sitouduimme työssämme noudattamaan valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan ETENE Hyvä tieteellinen käytäntö –ohjeita. Opinnäytetyössämme käytetyt tieteelliset tutkimukset ovat enintään 10 vuotta vanhoja. (TENK 2012.)

Johtopäätöksenä opinnäytetyöstä selvisi, että HIV-tartuntojen ehkäisy Swazimaassa on elintärkeää sekä yksittäisen potilaan että koko väestön ja hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että toimivia keinoja HIV:n ehkäisyyn on jo olemassa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella selvisi, että merkittävimpiä ovat kondomi oikein käytettynä, naisten aseman parantaminen ja heidän oikeuksien tukeminen, moniavioisuuden ja rinnakkaissuhteiden vähentyminen, PMTCT-ohjelma ja miesten ympärileikkaus.

Keinojen toimivuutta vähentää Swazimaan kulttuuriin liittyvät tekijät. Voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella voisi olla mahdollista vaikuttaa näihin

tekijöihin. Ohjauksella olisi mahdollista löytää kunkin potilaan yksilöllinen puutteellinen ja riskialtis toiminta HIV-tartunnan kannalta. Ohjauksen avulla olisi mahdollista tukea potilasta löytämään riskit hänen omasta toiminnasta. Niiden pohjalta potilaan on mahdollista kyetä voimavaraistumaan ehkäistäkseen HIV-tartuntaa.

Mielestämme kehitlemämme potilaan voimavaraistumista tukeva ohje on hyvä lähtökohta, mutta vaatii jatkokehittämistä. Swazimaassa olisi hyvä tehdä virallisia haastatteluja niin hoitohenkilökunnalle kuin muulle väestöllekin, jotta aineistoa saataisiin lisää asenteisiin ja kulttuurillisiin tekijöihin liittyen. Näiden pohjalta olisi mahdollista ymmärtää paremmin potilaiden tarpeita ja syventää ohjeen sisältöä HIV-tartuntoja ehkäisevistä tekijöistä. Naisen heikko asema tutkitusti lisää tartuntoja, joten myös ohjauksessa asiaa tulisi käsitellä. Kehitlemässämme versiossa sukupuolten epätasa-arvoisuutta ei ole tuotu esille. Potilaan voimavaraistumista tukeva ohjausmenetelmä on käsitteenä melko uusi. Koemme, että tulevaisuudessa olisi hyödyllistä selvittää hoitajien ymmärrystä menetelmästä ja sen perusteella jatkokehittää ohjeen teoriaosuutta voimavaraistumista tukevasta potilasohjauksesta.

LÄHTEET

Absetz P. 2014. Motivoiva, voimaannuttava ohjaus ja pystyvyyden tunne. RUNDI 2014 - Tupakka, päihteet ja (raha)pelit seminaari 12.3.2014. Helsinki, THL. Viitattu 13.2.2015

<https://www.youtube.com/watch?v=7FKRUAnuR3E>

Andersson N. & Cockcroft A. 2012. Male circumcision, attitudes to HIV prevention and HIV status: a cross-sectional study in Botswana, Namibia and Swaziland. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. Volume 24, Issue 3, 2012.

Andersson N.; Cockcroft A.; Ho-Foster A.; Marokoae N. & Mziyako B. 2010. What happened to multiple sexual partnerships in Swaziland? Analysis of five linked national surveys between 2002 and 2008. *AIDS Care* Vol. 22, No. 8, August 2010.

AVERT, 2014a. AVERTing HIV and AIDS. HIV & AIDS in Swaziland. <http://www.avert.org/hiv-aids-swaziland.htm>

AVERT, 2014b. AVERTing HIV and AIDS. Voluntary medical male circumcision (VMMC) for HIV prevention. Viitattu 21.3.2015 <http://www.avert.org/voluntary-medical-male-circumcision-vmmc-hiv-prevention.htm>

Bancheno W.; Mwanyumba F. & Mareverwa J. 2010. Outcomes and challenges of scaling up comprehensive PMTCT services in rural Swaziland, Southern Africa. *AIDS Care* Vol. 22, No. 9, September 2010.

Casale M.; Flicker S.; Nixon S. & Rubincam C. 2011. Is 80% a passing grade? Meanings attached to condom use in an abstinence-plus HIV prevention programme in South Africa. *AIDS Care* Vol. 23, No. 2, February 2011.

Chidester D.; Kwenda C.; Petty R.; Tobler J. & Wratten D. 1997. African traditional religion in South Africa. Greenwood publishing group. 384.

EHJÄ-hanke, 2013. Miksi poikien ympärileikkauksesta tulisi luopua. Sexpo Foundation. Viitattu 21.3.2015 <http://ehja.sexpo.fi/wp-content/uploads/EHJA-Suomi-2013.pdf>

Erkko P. 2007. HIV, immuunikato- eli HI-virusinfektio. Viitattu 20.01.2015 <http://www.tohtori.fi/?page=4702652&id=5384428>

Globalis, 2009. Swazimaa. Viitattu 29.1.2015 <http://www.globalis.fi/Maat/Swazimaa>

Herbert, R. 2015. Culture of Swaziland. Countries and their cultures. Viitattu 21.3.2015
<http://www.everyculture.com/Sa-Th/Swaziland.html>

Hiv-tukikeskus 2015. Hiv ja aids-tilastoja. Viitattu 20.01.2015 <http://hivtukikeskus.fi/hiv-ja-aids/hiv-ja-aids-tilastoja/>

IRIN, 2008. Swaziland: Circumcision gives men an excuse not to use condoms. IRIN Humanitarian news and analysis. Viitattu 28.3.2015 <http://www.irinnews.org/report/79557/swaziland-circumcision-gives-men-an-excuse-not-to-use-condoms>

Kempainen K. 2011. Positiivinen AIDS Afrikassa. Hansaprint Oy. 17, 28, 38, 88.

Klopper H. & Uys L. 2013. The State of Nursing and Nursing Education in Africa A Country-By-Country Review. 319-322.

Laine J. & Mikkola J. 2014. HIV-infektio, AIDS. Duodecim. Viitattu 20.01.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00421

Leinikki P. 2005. HIV-epidemian menneisyys ja tulevaisuus. Duodecim 2005;121(6):581-2.

Maailman AIDS-päivä. 2014. Hivin ABC käsikirja. Viitattu 23.1.2015
<http://www.maailmanaidspaiva.fi/fi/materiaalit>

Positiiviset ry. 2006. Käsikirja HIV-positiiviselle. Casper Oy.

Ristola M. & Sutinen J. 2012. HIV-tappavasta taudista krooniseksi sairaudeksi. Duodecim 2012;128(1):37-46.

Routasalo P.; Airaksinen M.; Mäntyranta T. & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009;125(21) :2351-9.

Sairaanhoitajaliitto, 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 21.3.2015
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja, Opetusjulkaisuja 62, Julkisjohtaminen 4, 9.

Salminen M. 2005. HIV-pandemia 20 vuotta viruksen löytämisen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 2005;60(48).

Suomen Suurlähetystö Maputo, 2009. Tietoa Swazimaasta. Viitattu 16.9.2014
<http://www.finland.org.mz/public/default.aspx?contentid=14310>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2015. HIV suomessa - HIV finland. Viitattu 20.01.2015.
<http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.html>

The Government of the Kingdom of Swaziland, 2015. Ministry of Health. Viitattu 21.3.2015.
http://www.gov.sz/index.php?option=com_content&id=267&Itemid=403

The World Factbook. Swaziland, 2014. Central Intelligence Agency. Viitattu 28.1.2015
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/wz.html>

Tuorila H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuksen vuosikirja 2009, 104-106.

UNICEF, 2013a. In Swaziland, a national push for an HIV-free generation. Viitattu 22.3.2015
http://www.unicef.org/infobycountry/swaziland_68386.html

UNICEF, 2013b. Swaziland Statistics. Viitattu 16.2.2015
http://www.unicef.org/infobycountry/swaziland_statistics.html

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi, 9, 51-56.

WHO 2014. HIV/AIDS. Viitattu 20.1.2015 <http://www.who.int/features/qa/71/en/>

World Trade Press, 2010. Women in culture, business and travel, Swaziland. World Trade Press,
 1-2.

Potilaan voimavaraistumista tukeva ohje



Mitä on voimavaraistuminen?

- Tärkeimpänä on auttaa potilasta tunnistamaan ja edistämään kykyjään tarpeidensa tunnistamiseen, terveysongelmien ratkaisemiseen sekä omien voimavarojensa säätelyyn.
- Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus alkaa motivoivasta keskustelusta, joka on potilaslähtöistä.
- Tavoitteena on tunnistaa potilaan tarpeet ja niiden pohjalta luoda yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka potilaan on mahdollista toteuttaa.

HIV:n ehkäisyssä voimavaraistumista tukeva potilasohjaus etenee esimerkiksi seuraavanlaisesti:

- Potilaan henkilötietojen selvityksen jälkeen arvioidaan potilaalla olemassa olevaa tietoa HIV:stä ja sen ehkäisystä
- Kuuntele ja anna potilaan kertoa, vaikka hän ei olisikaan oikeassa tai et olisi samaa mieltä.
- Muista positiivisuus. Etsi potilaan kertomasta se, mitä hän jo tekee oikein ja kehu siitä.
- Potilasta johdatellaan keksimään itse ratkaisuja tilanteeseensa.
- Ratkaisujen tulee olla potilaalle mahdollista toteuttaa arjessa.
- Pienikin parannus on askel eteenpäin.

Tärkeintä HIV:tä ehkäisevässä voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa on:

- Potilaalla pitäisi olla tiedossa, että HIV on hoitamattomana kuolemaan johtava sairaus ja se tarttuu emätin- ja anaaliyhdyntäessä, verikontaktissa, likaisten huumeruiskujen välityksellä, sekä äidistä lapseen raskauden, synnytyksen ja imetyksen aikana.
- Ainoa tapa ehkäistä HIV:tä seksikontaktissa on ehjä kertakäyttöinen kondomi.
- HIV-tartuntaa ei voi nähdä ulkonäön perusteella, joten jokaisen suojaamattoman seksikontaktin jälkeen testissä on käytävät
- Kondomista ei voi saada HIV:tä, se ei aiheuta syöpää eikä kondomista voi saada HIV:tä levittäviä matoja.
- Myös ympärileikkauksen jälkeen voi saada HIV-tartunnan suojaamattomasta seksistä.